



**Suffolk County Department of Social Services
FCSA Child Care Bureau**

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Nombre de Solicitante: _____ **Número de Caso:** _____ (si aplica)

Este formulario es para ser llenado por una persona profesional que lo conozca a Usted y a su familia. Esta persona puede ser un médico, abogado, trabajador social, propietario, miembro del clero, u otro profesional. **NO LLENE USTED MISMO. NO DEJE QUE SEA LLENADO POR UN MIEMBRO DE FAMILIA. NO DEJE QUE SE LO LLENE UN NOTARIO.**

Ponga TODOS Los Adultos Que Residen En Su Hogar		
Línea #	Apellido	Nombre
1		
2		
3		
4		

Ponga TODOS los niños de la Familia		
Línea #	Apellido	Nombre
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Yo _____, por este medio declaro que los individuos
(Escriba el nombre del profesional llenando el formulario)

nombrados arriba viven en: _____
(Dirección del cliente)

(Firma del Profesional) (Fecha)

Profesión del Firmante _____

Dirección del Firmante: _____

Número de Teléfono: _____

CCB-6010-002 Spanish (Rev. 01/2015)

P.O. BOX 18100
HAUPPAUGE, NY 11788-8900

www.suffolkcountyny.gov/departments/socialservices
Child Care Unit Fax #: (631) 854-3331